

18
ERRATA

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: GRANT CUTS AND REGIONALIZED GRANTS FOR THE AID TO FAMILIES WITH DEPENDENT CHILDREN (AFDC) PROGRAM

REFERENCE: ALL COUNTY LETTER (ACL) 96-60
DATED NOVEMBER 1, 1996

This Errata transmits corrected copies of the following items that were previously sent with ACL 96-60.

Notice of Action (NOA) Messages

M44-315B (11/96) Aid Payment Levels: Inserts to Intercounty Transfer (ICT) Approvals between Regions

T44-315b (11/96) 9.56% MAP Reductions: Change

Both NOA messages provide additional information for Region 2 counties on the 4.9% decrease of the Basic Need Standard. Also, the ICT NOA message was modified to the extent that it be used only as an insert to approval messages when the case comes from a different region's county. Spanish translations are included with this Errata, the Asian translations will be available upon request approximately two weeks from receipt of this Errata.

Corrected Amounts

Amounts were corrected in the 80% of MAP columns and the Income In-Kind column for food and clothing.

We apologize for any inconvenience this may have caused.

State of California
Department of Social Services

Noa Msg Doc No.: M44-315B Page 1 of 1
Action : Approve
Issue: Aid Payment Levels
Title: ICT between Reg-1 and Reg-2
MAP Increase/Decrease

Auto ID No.:
Source :
Issued by :
Reg Cite : 44-315.311(a), 40-189

Use Form No. : NA 200
Original Date : 11/01/96
Revision Date : 11/15/96

MESSAGE:

REGION 1 INSERT

[] On January 1, 1997, a change in State law lowered the Maximum Aid a total of 4.9 percent in the county where you are now living. The Maximum Aid in this county is higher than the county you were living in before.

REGION 2 INSERT

[] On January 1, 1997, a change in State law lowered the Maximum Aid about 9.56 percent and the Basic Need Standard by 4.9 percent in the county where you are now living. The Maximum Aid and Basic Need Standard in this county are lower than the county you were living in before.

INSTRUCTIONS: Use as insert for intercounty transfers that are approved and **ONLY** when the case is coming from a different Region's county. This would be used by the receiving county.

file : pkian/MSERIES/ap.44315B

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
 Nombre del caso : _____
 Número Nombre del trabajador : _____
 Número : _____
 Teléfono : _____
 Dirección : _____

(ADDRESSEE)

┌
└

┌
└

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

El condado ha aprobado su asistencia monetaria y su Medi-Cal. El pago de asistencia monetaria correspondiente a su primer mes de asistencia es de \$ _____.

Su primer día de asistencia monetaria es _____. Sus beneficios de Medi-Cal comienzan el primer día del mes en que usted solicitó asistencia.

A partir del 1º de enero de 1997, un cambio en las leyes del estado redujo la asistencia máxima un 4.9 por ciento en el condado en el que usted vive ahora. La asistencia máxima de este condado es más alta que la del condado en el que vivía antes.

- El pago de asistencia monetaria para su primer mes de asistencia corresponde solamente a una parte de un mes. Este pago incluye desde su primer día de asistencia monetaria, que aparece arriba, hasta el fin del mes. Si nada cambia, la asistencia monetaria correspondiente al próximo mes será para un mes entero.
- Usted solicitó un pago por necesidad inmediata. Se está satisfaciendo su necesidad inmediata con el pago correspondiente a su primer mensualidad de asistencia monetaria. Este pago se está haciendo dentro del límite de tiempo para necesidad inmediata que es un día laborable.

En la siguiente columna se calcula la cantidad de su asistencia monetaria.

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal). **Conserve sus tarjetas de plástico de identificación de beneficios.**

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: 40-173.1, 44-315.4, 44-315.5, 44-317, 40-129, 44-315.311 (a), 40-189

Cantidad mensual de asistencia monetaria

Sección A. Ingresos contables del mes de _____

Total de ingresos ganados..... \$ _____
 Dedución por gastos de trabajo..... - _____
 Dedución de \$30 y 1/3..... - _____
 Dedución por cuidado de personas a su cargo... - _____
 Otros ingresos contables (enumere las fuentes):
 _____ + _____
 _____ + _____
 Mantenimiento que pagó por orden de la corte..... - _____
Ingresos netos contables = _____

Sección B. Su asistencia monetaria del mes de _____

1. Necesidades básicas, _____ personas... \$ _____
 2. Necesidades especiales..... + _____
 3. Ingresos netos contables de la Sección A..... - _____
 4. Subtotal de necesidades básicas..... =
 5. Asistencia máxima, _____ personas.... \$ _____
 6. Necesidades especiales..... + _____
 7. Subtotal de asistencia máxima..... =
 8. **Subtotal de asistencia del mes completo**
 (Cantidad menor del renglón 4 ó 7)..... = _____
 9. Renglón 8 prorrateado para parte del mes = _____
 10. Ajustes: cobro por pago excesivo - _____
 10a. por una sanción de Cal-Learn* - _____
 10b. por una cantidad adicional de Cal-Learn* ... + _____
 11. **Cantidad mensual de asistencia monetaria**
 (Renglón 8 ó 9 incluyendo los ajustes) .. = _____

*Cal-Learn es un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben Asistencia para Familias con Niños Necesitados (AFDC).

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
 Nombre del caso : _____
 Número del trabajador : _____
 Nombre del trabajador : _____
 Número : _____
 Teléfono : _____
 Dirección : _____

(ADDRESSEE)

┌
└

┌
└

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

El condado ha aprobado su asistencia monetaria y su Medi-Cal. El pago de asistencia monetaria correspondiente a su primer mes de asistencia es de \$ _____.

Su primer día de asistencia monetaria es _____. Sus beneficios de Medi-Cal comienzan el primer día del mes en que usted solicitó asistencia.

A partir del 1º de enero de 1997, un cambio en las leyes del estado redujo la asistencia máxima alrededor de un 9.56 por ciento y el criterio de necesidades básicas un 4.9 por ciento en el condado en el que usted vive ahora. La asistencia máxima y el criterio de necesidades básicas de este condado son más bajos que los del condado en el que vivía antes.

El pago de asistencia monetaria para su primer mes de asistencia corresponde solamente a una parte de un mes. Este pago incluye su primer día de asistencia monetaria, que aparece arriba, hasta el fin del mes. Si nada cambia, la asistencia monetaria correspondiente al próximo mes será para un mes entero.

Usted solicitó un pago por necesidad inmediata. Se está satisfaciendo su necesidad inmediata con el pago correspondiente a su primer mensualidad de asistencia monetaria. Este pago se está haciendo dentro del límite de tiempo para necesidad inmediata que es un día laborable.

En la siguiente columna se calcula la cantidad de su asistencia monetaria.

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal). **Conserve sus tarjetas de plástico de identificación de beneficios.**

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: 40-173.1, 44-315.4, 44-315.5, 44-317, 40-129, 44-315.311 (a), 40-189

Cantidad mensual de asistencia monetaria

Sección A. Ingresos contables del mes de _____

Total de ingresos ganados..... \$ _____
 Deducción por gastos de trabajo..... - _____
 Deducción de \$30 y 1/3..... - _____
 Deducción por cuidado de personas a su cargo ... - _____
 Otros ingresos contables (enumere las fuentes):
 _____ + _____
 _____ + _____
 Mantenimiento que pagó por orden de la corte..... - _____
Ingresos netos contables = _____

Sección B. Su asistencia monetaria del mes de _____

1. Necesidades básicas, _____ personas ... \$ _____
 2. Necesidades especiales..... + _____
 3. Ingresos netos contables de la Sección A..... - _____
 4. Subtotal de necesidades básicas..... =
 5. Asistencia máxima, _____ personas.... \$ _____
 6. Necesidades especiales..... + _____
 7. Subtotal de asistencia máxima..... =
 8. **Subtotal de asistencia del mes completo**
 (Cantidad menor del renglón 4 ó 7)..... = _____
 9. Renglón 8 prorrateado para parte del mes = _____
 10. Ajustes: cobro por pago excesivo - _____
 10a. por una sanción de Cal-Learn*..... - _____
 10b. por una cantidad adicional de Cal-Learn* ... + _____
 11. **Cantidad mensual de asistencia monetaria**
 (Renglón 8 ó 9 incluyendo los ajustes) .. = _____

*Cal-Learn es un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben Asistencia para Familias con Niños Necesitados (AFDC).

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone: _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

┌
└

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

As of _____, the County is changing your cash aid from \$ _____ to \$ _____.

Here's why:

As of January 1, 1997, a change in State Law will lower the Maximum Aid that you can get by 9.56 percent, and the Basic Need Standard by 4.9 percent.

If you want to know more about this State law change, you may call toll-free:

1-800-248-8068

TDD for hearing impaired:

1-800-952-8349

If you want a State Hearing on the drop in cash aid required by State law, you need to know that the judge who hears your case will not be able to increase your aid if your only complaint or problem is the law change itself.

If you think there is a mistake in your cash aid or if you have problems besides the drop in cash aid required by State law, you may want to file a State Hearing.

Your new cash aid amount is figured on this notice.

Monthly Cash Aid Amount

Section A. Countable Income, Month of _____

Total Earned Income.....	\$	_____
Work Expense Disregard.....	-	_____
\$30 and 1/3 Disregard.....	-	_____
Dependent Care Disregard.....	-	_____
Other Countable Income -- Sources:		
_____	+	_____
_____	+	_____
Court Ordered Support You Paid.....	-	_____
Net Countable Income	=	_____

Section B. Your Cash Aid, Month of _____

1. Basic Need, _____ Persons.....	\$	_____
2. Special Needs	+	_____
3. Net Countable Income from Section A	-	_____
4. Basic Need Subtotal.....	=	<input type="text"/>
5. Maximum Aid, _____ Persons	\$	_____
6. Special Needs	+	_____
7. Maximum Aid Subtotal	=	<input type="text"/>
8. Full Month Aid Subtotal		
(Lower Amount on Line 4 or 7)	=	_____
9. Line 8 Prorated for Part of Month	=	_____
10. Adjustments: Collect Overpayment	-	_____
10a. Cal-Learn Penalty	-	_____
10b. Cal-Learn Bonus	+	_____
11. Monthly Cash Aid Amount		
(Line 8 or 9 Adjusted)	=	_____

Medi-Cal: This Notice of Action does NOT change or stop Medi-Cal benefits. **Keep your plastic Benefits Identification Card(s).**

Rules: These rules apply; you may review them at your welfare office: MPP 44-315

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
 Nombre del caso : _____
 Número Nombre del trabajador : _____
 Número : _____
 Teléfono : _____
 Dirección : _____

(ADDRESSEE)



¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir del _____ el condado cambiará su asistencia monetaria de \$ _____ a \$ _____.

La razón es la siguiente:

A partir del 1º de enero de 1997, un cambio en las leyes del estado reducirá la asistencia máxima que usted puede recibir alrededor de un 9.56 por ciento, y reducirá el criterio de necesidades básicas un 4.9 por ciento.

Si quiere saber más acerca de este cambio de las leyes del estado, puede llamar gratuitamente al:

1-800-248-8068

Las personas sordas que usan equipo de telecomunicación (TDD) pueden llamar al:

1-800-952-8349

Si quiere una audiencia con el estado en relación a la reducción de la asistencia monetaria ordenada por las leyes del estado, usted necesita estar enterado de que el juez que presida su caso no podrá incrementar su asistencia si la única queja o el único problema de usted es el cambio mismo de la ley.

Si cree que se ha cometido un error en relación a su asistencia monetaria, o si tiene otros problemas además de la reducción de la asistencia monetaria ordenada por las leyes del estado, quizás quiera presentar una petición para una audiencia.

En esta notificación se calcula su nueva cantidad de asistencia monetaria.

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal). **Conserve sus tarjetas de plástico de identificación de beneficios.**

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 44-315

Cantidad mensual de asistencia monetaria

Sección A. Ingresos contables del mes de _____

Total de ingresos ganados..... \$ _____
 Deducción por gastos de trabajo..... - _____
 Deducción de \$30 y 1/3..... - _____
 Deducción por cuidado de personas a su cargo... - _____
 Otros ingresos contables (enumere las fuentes):
 _____ + _____
 _____ + _____
 Mantenimiento que pagó por orden de la corte..... - _____
Ingresos netos contables = _____

Sección B. Su asistencia monetaria del mes de _____

1. Necesidades básicas, _____ personas... \$ _____
 2. Necesidades especiales..... + _____
 3. Ingresos netos contables de la Sección A..... - _____
 4. Subtotal de necesidades básicas..... =
 5. Asistencia máxima, _____ personas.... \$ _____
 6. Necesidades especiales..... + _____
 7. Subtotal de asistencia máxima..... =
 8. **Subtotal de asistencia del mes completo**
 (Cantidad menor del renglón 4 ó 7)..... = _____
 9. Renglón 8 prorrateado para parte del mes = _____
 10. Ajustes: cobro por pago excesivo - _____
 10a. por una sanción de Cal-Learn*..... - _____
 10b. por una cantidad adicional de Cal-Learn.... + _____
 11. **Cantidad mensual de asistencia monetaria**
 (Renglón 8 ó 9 incluyendo los ajustes) .. = _____

*Cal-Learn es un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben Asistencia para Familias con Niños Necesitados (AFDC).

HANDBOOK CONTINUES

DRAFT

INCOME IN-KIND AMOUNTS - REGION 1

# in AU	Housing	Utilities	Food	Clothing
1	163	34	90	27
2	218	39	192	53
3	238	42	246	79
4	250	44	303	106
5	250	44	366	134
6	250	44	424	159
7	250	44	473	188
8	250	44	518	210
9	250	44	569	240
10	250	44	615	263

INCOME IN-KIND AMOUNTS - REGION 2

# in AU	Housing	Utilities	Food	Clothing
1	155	34	90	27
2	207	39	192	53
3	226	42	246	79
4	238	44	303	106
5	238	44	366	134
6	238	44	424	159
7	238	44	473	188
8	238	44	518	210
9	238	44	569	240
10	238	44	615	263

(b) (cont.)

HANDBOOK ENDS HERE

HANDBOOK CONTINUES

REGION 1 MBSAC/MAP STANDARDS EFFECTIVE 01/01/97

<u># in AU</u>	<u>185%</u>	<u>MBSAC</u>	<u>EXEMPT</u>		<u>NONEXEMPT</u>	
			<u>MAP</u>	<u>80%</u>	<u>MAP</u>	<u>80%</u>
<u>1</u>	<u>667</u>	<u>361</u>	<u>311</u>	<u>249</u>	<u>279</u>	<u>223</u>
<u>2</u>	<u>1095</u>	<u>592</u>	<u>509</u>	<u>407</u>	<u>456</u>	<u>365</u>
<u>3</u>	<u>1359</u>	<u>735</u>	<u>631</u>	<u>505</u>	<u>565</u>	<u>452</u>
<u>4</u>	<u>1613</u>	<u>872</u>	<u>750</u>	<u>600</u>	<u>673</u>	<u>538</u>
<u>5</u>	<u>1838</u>	<u>994</u>	<u>855</u>	<u>684</u>	<u>767</u>	<u>614</u>
<u>6</u>	<u>2068</u>	<u>1118</u>	<u>961</u>	<u>769</u>	<u>861</u>	<u>689</u>
<u>7</u>	<u>2271</u>	<u>1228</u>	<u>1055</u>	<u>844</u>	<u>946</u>	<u>757</u>
<u>8</u>	<u>2475</u>	<u>1338</u>	<u>1150</u>	<u>920</u>	<u>1030</u>	<u>824</u>
<u>9</u>	<u>2684</u>	<u>1451</u>	<u>1243</u>	<u>994</u>	<u>1113</u>	<u>890</u>
<u>10 or more*</u>	<u>2913</u>	<u>1575</u>	<u>1335</u>	<u>1068</u>	<u>1196</u>	<u>957</u>

REGION 2 MBSAC/MAP STANDARDS EFFECTIVE 01/01/97

<u># in AU</u>	<u>185%</u>	<u>MBSAC</u>	<u>EXEMPT</u>		<u>NONEXEMPT</u>	
			<u>MAP</u>	<u>80%</u>	<u>MAP</u>	<u>80%</u>
<u>1</u>	<u>634</u>	<u>343</u>	<u>295</u>	<u>236</u>	<u>266</u>	<u>213</u>
<u>2</u>	<u>1041</u>	<u>563</u>	<u>485</u>	<u>388</u>	<u>434</u>	<u>347</u>
<u>3</u>	<u>1293</u>	<u>699</u>	<u>601</u>	<u>481</u>	<u>538</u>	<u>430</u>
<u>4</u>	<u>1533</u>	<u>829</u>	<u>714</u>	<u>571</u>	<u>641</u>	<u>513</u>
<u>5</u>	<u>1748</u>	<u>945</u>	<u>814</u>	<u>651</u>	<u>730</u>	<u>584</u>
<u>6</u>	<u>1966</u>	<u>1063</u>	<u>914</u>	<u>731</u>	<u>819</u>	<u>655</u>
<u>7</u>	<u>2160</u>	<u>1168</u>	<u>1004</u>	<u>803</u>	<u>900</u>	<u>720</u>
<u>8</u>	<u>2353</u>	<u>1272</u>	<u>1094</u>	<u>875</u>	<u>980</u>	<u>784</u>
<u>9</u>	<u>2553</u>	<u>1380</u>	<u>1183</u>	<u>946</u>	<u>1059</u>	<u>847</u>
<u>10 or more*</u>	<u>2771</u>	<u>1498</u>	<u>1270</u>	<u>1016</u>	<u>1138</u>	<u>910</u>

HANDBOOK CONTINUES

DRAFT